

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 970

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HENRI NIÉGO

Né le 10 Décembre 1913, à Paris

**IMPORTANCE DE LA PONCTION
GANGLIONNAIRE
DANS LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DE LA SYPHILIS**

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HENRI NIÉGO

Né le 10 Décembre 1913, à Paris

**IMPORTANCE DE LA PONCTION
GANGLIONNAIRE
DANS LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DE LA SYPHILIS**

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROcq.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin chef de l'Hôpital Saint Louis
Officier de la Légion d'Honneur

Remerciements très respectueux pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Dont l'enseignement nous a
toujours été précieux. Les cir-
constances présentes nous pri-
vent malheureusement des con-
seils éclairés dont il n'a cessé
de semer notre route.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACH

Médecin de l'Hôpital Saint Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a guidé nos premiers
pas en syphiligraphie.*

*En témoignage de notre très
déférante gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui sût nous enseigner le
tact et la modération sur le
plan chirurgical et dont l'es-
prit lucide a été notre meilleur
guide.*

*En témoignage de notre pro-
fond respect.*

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR.

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACH.

MONSIEUR LE DOCTEUR THALHEIMER.

A TOUS CEUX DONT LES BIENVEILLANTS ET PRÉCIEUX
CONSEILS ONT FACILITÉ NOTRE TACHE DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BLONDIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR HEPP.

MONSIEUR LE DOCTEUR POLLET.

MONSIEUR LE DOCTEUR FERNET.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHENE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LE BARON.

INTRODUCTION

Dans les circonstances exceptionnelles que traverse la médecine civile, et à plus forte raison la médecine militaire, les moyens de diagnostic des grands fléaux sociaux doivent tendre dans toute la limite du possible vers un triple but : la rapidité, la simplicité, l'efficacité.

En matière de tuberculose, on a utilisé en milieu militaire deux procédés qui se complètent : les radioscopies en série, les radiophotographies selon la méthode d'Abreu. Sur ce plan donc, nous pourrions considérer qu'à l'heure actuelle des progrès décisifs ont été réalisés qui ne feront qu'aller en se perfectionnant.

En matière de syphilis, la situation est tout autre. En milieu militaire, le dépistage de la syphilis est souvent long, pénible et autant dire impossible à pratiquer. Fréquemment un accident primitif suspect ne permet pas la découverte du tréponème, soit par ses localisations, soit par son caractère. Fréquemment aussi il donne un résultat négatif.

Peut-on dans ces conditions espérer répéter de jour en jour des examens jusqu'à apparition éventuelle

d'un Wassermann positif ? Doit-on attendre l'apparition problématique d'accidents secondaires permettant de positiver le diagnostic. Il s'agit là, de pertes de temps incompatibles avec le bon fonctionnement de la médecine d'armée.

La recherche du tréponème par la ponction ganglionnaire dont l'efficacité et l'innocuité ne sont plus à prouver, dont la simplicité d'exécution réalise au maximum le type du diagnostic d'armée nous semble mériter une étude particulière, car sa généralisation permettrait d'attaquer l'infection syphilitique éventuelle dès la phase pré-humorale et réaliserait ainsi une double méthode, thérapeutique et prophylactique, particulièrement nécessaire dans les circonstances actuelles.

HISTORIQUE

Dès 1905, Hoffmann et Schaudinn, après leur découverte fameuse, avaient préconisé la ponction ganglionnaire, montrant que le *tréponema pallidum* se trouve non seulement à la surface du chancre et des lésions secondaires, mais encore dans les ganglions satellites hypertrophiés.

En 1906, G. Thieberge, Ravaut et Le Sourd, recherchant le tréponème dans le suc ganglionnaire d'adénopathies métachancereuses obtiennent, au contraire, des résultats peu encourageants et concluent : « qu'on ne saurait introduire ce procédé de recherche dans le diagnostic clinique de la syphilis ».

Mais en 1919, Habermann et Mauelshagen affirment que la mise en évidence du tréponème est toujours possible à la condition que prélèvement et examen soient faits convenablement et avec soin.

Ils préconisent deux méthodes. La première est celle du suc tissulaire. La seconde est précisément la ponction ganglionnaire d'Hoffmann. « Si l'on considère, disent-ils, que d'une part la ponction de l'ulcération et des glandes est une intervention simple, peu douloureuse, admise volontiers par les malades en raison de son importance diagnostique et que d'autre

part elle donne des résultats précoces, on ne peut qu'insister encore une fois sur sa valeur pour le diagnostic, surtout dans le cas de syphilis primaire compliquée ».

L'année suivante, Mauelshagen consacre sa thèse à la question « *Über Punktionmethode zur erbringung einen positiven spirocheten nachweis bei lues* » (Bonn 1920), insistant encore sur le grand intérêt pratique de ce procédé pour le diagnostic.

Et, en Allemagne, avec les travaux de Frühwald, Droop, de nombreuses publications paraissent sur ce sujet, si bien que la ponction ganglionnaire est devenue dans ce pays une intervention courante.

En France, au contraire, elle est longtemps restée une méthode d'exception, la tendance étant d'attendre la séro-réaction quand l'examen ultramicroscopique du chancre est négatif.

La ponction d'adénites suspectes est conseillée par le Professeur Gougerot en 1921 dans un article du Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, page 1522, intitulé : « La syphilis acquise sans chancre ».

En 1921 également, Ch. Audry et L. Chatellier appliquent la méthode au diagnostic de la « syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire ».

En 1926, Kitchevatz affirme à son tour l'utilité de la ponction ganglionnaire chaque fois que l'examen bactériologique répété d'une ulcération suspecte ne donne pas de résultat positif. En effet, on voit souvent des lésions suspectes évoluer vers une syphilis confirmée.

En 1930, dans *Paris Médical*, le Professeur Gougerot et Paul Blum, rapportant l'observation de trois malades chez lesquels seul l'examen du suc ganglionnaire a permis de faire le diagnostic de syphilis, préconisent de façon formelle la ponction ganglionnaire comme moyen de diagnostic précoce.

Les indications de la méthode sont énumérées, la technique en est fixée, l'inocuité établie dans deux thèses : celle de Boutteau (Paris, 1931) et celle de Loquin (Lyon, 1932).

En 1933, J. Gate et Guilleret, à la Réunion dermatologique de Lyon, séance du 16 mars, sont revenus sur cette question, rapportant une statistique de 45 ponctions ganglionnaires pratiquées chez des syphilitiques à différentes périodes (primaire ou secondaire) ainsi que chez des porteurs de chancre mixte.

Le professeur Gougerot et Paul Blum, considérant l'importance des ganglions en pathologie coloniale (*Revue coloniale de médecine et chirurgie*, 15 juin 1934) reprennent l'étude de la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire et insistent à nouveau sur l'efficacité et l'inocuité de la méthode.

Enfin 48 nouvelles observations sont rapportées par E. Sidi, Lucien Demarne et L. de Montis (*Le monde médical*, 15 octobre 1936). Et ces auteurs concluent : « Les renseignements qu'apporte la ponction ganglionnaire sont d'ordre capital puisqu'elle permet d'affirmer la syphilis à une période où le chancre et son adénopathie satellite sont encore les seules manifestations de l'infection. Elle mérite donc d'être généralisée et de passer dans la pratique courante.

INDICATIONS

Tirant les conclusions de son expérience personnelle, le professeur Gougerot conseille de faire systématiquement la ponction ganglionnaire :

1° Lorsque la syphilis peut être soupçonnée pour une raison quelconque, par exemple lorsqu'une ulcération persiste sans amélioration appréciable.

2° Lorsque le chancre étant cicatrisé on a pour seul témoin posthume le ganglion.

3° Lorsque le chancre est hypodermique.

4° Lorsque le chancre est inaccessible soit qu'il soit dissimulé par un phimosis ou un paraphimosis serré, soit qu'il soit profond tel le chancre de la gorge, le chancre du col utérin, etc...

5° Lorsque la surface du chancre a été altérée par une application intempestive telle que : eau de Javel, acide phénique, permanganate de potasse, nitrate d'argent, teinture d'iode, sublimé et plus fréquemment pommades au calomel, à l'iodoforme, au dermatol.

6° Lorsqu'on est en présence d'un chancre mixte. En effet, en pareil cas, l'examen bactériologique du chancre, malgré la technique très précise de Rollet (de Lyon), est souvent négatif.

7° Lorsqu'il y a association du tréponème et de fuso-spirilles prédominant.

8° Lorsqu'il y a infection secondaire par des pyogènes, notamment à la vulve et à la bouche.

9° Enfin dans la syphilis avec adénopathie sans chancre.

Il résulte de cet exposé que non seulement il faut ponctionner les ganglions aplegmasiques, mais encore dans certains cas les ganglions inflammatoires. En effet, la syphilis ganglionnaire suppurée, ainsi que l'a bien montré le professeur Gougerot, existe dans plusieurs cas :

« 1° Dans les cas de chancres mixtes (association de tréponèmes et de bacilles de Ducrey).

« 2° S'il y a infection secondaire, surtout streptococcique.

« 3° On oublie trop souvent que le tréponème lui-même peut être pyogène et que l'existence d'une réaction inflammatoire, voire même de pus, ne doit pas faire rejeter l'hypothèse de la syphilis : la syphilis à elle seule peut être suppurative, sans intervention d'une infection secondaire. »

Contre-indication

En pratique, il n'existe pas de contre-indication.

La ponction ganglionnaire est une pratique tout à fait inoffensive. Et si l'emplacement anatomique des ganglions peut faire craindre quelque danger, c'est

bien dans des cas tout à fait exceptionnels. Plus souvent l'hésitation provient de la difficulté d'accès du ganglion.

Avantages de cette recherche

Lorsque la recherche directe du tréponème dans les lésions soupçonnées syphilitiques a été négative, lorsque cette recherche n'est pas possible, il arrive qu'on attende le résultat d'une réaction de Bordet-Wassermann pour affirmer le diagnostic. Affirmer le diagnostic de syphilis est en effet une lourde responsabilité, car c'est de longues années qu'un sujet infecté de tréponèmes, doit se soumettre à un traitement méthodiquement poursuivi. Mais la réaction de Bordet-Wassermann n'apparaît habituellement comme positive que le quinzième jour du chancre environ. Et en citant le professeur Gougerot, nous dirons : « C'est trop tard, car le B.-W. positif marque la généralisation de la syphilis et le traitement sera pratiqué dans de mauvaises conditions. Or on doit appliquer à la syphilis primaire le principe du « frapper vite et fort » et si on découvre la syphilis dès son début, avant le quatorzième jour, on a les plus grandes chances de faire avorter la maladie en appliquant à temps la méthode la plus énergique. Il faut donc tout mettre en œuvre pour rendre le plus précoce un diagnostic certain de la syphilis. »

TECHNIQUE

Nous ne pensons pas pouvoir ajouter le moindre mot à la technique parfaitement mise au point telle qu'elle a été exposée par E. Sidi, Lucien Demarne et M. de Montis dans le *Monde médical*, 15 octobre 1936.

La technique est simple.

Toute la difficulté est d'obtenir une bonne immobilisation du ganglion à ponctionner. Ce n'est pas toujours facile, soit qu'il s'agisse de sujets adipeux avec graisse périganglionnaire empêchant de saisir facilement le ganglion qui glisse entre les doigts, soit qu'il s'agisse de ganglions petits dont les minimes dimensions aboutissent au même résultat. Quoi qu'il en soit, on se sert d'une aiguille en nickel de 3 cm. de long, de 8 dixièmes de diamètre à biseau moyen, que l'on monte sur une seringue en verre de 2 à 3 centimètres cubes. L'aiguille doit s'adapter exactement sur l'embout de la seringue pour que l'aspiration soit parfaite.

On badigeonne la peau à la teinture d'iode, puis on nettoie avec de l'alcool à 90°. On choisit alors parmi les ganglions hypertrophiés celui que l'on veut ponctionner qui n'est pas toujours le plus gros, mais le plus facile à saisir entre le pouce et l'index.

Si l'on n'en trouve pas que l'on puisse isoler ainsi,

on se contente de déprimer fortement la peau tout autour de l'un d'entre eux, de façon à l'isoler contre le plan profond. A travers peau et tissu cellulaire sous-cutané, on enfonce franchement et perpendiculairement l'aiguille montée sur la seringue et l'on s'assure que l'on a bien pénétré dans le ganglion en le mobilisant, ce qui doit entraîner l'aiguille. (Si dans un ganglion enflammé on craint une suppuration, on enfonce l'aiguille obliquement en peau saine.) Disons de suite, que dès lors et avant tout examen, on recueille déjà un renseignement de grande valeur. Lorsqu'on pénètre en effet dans un ganglion syphilitique, on perçoit à la main une certaine résistance, qu'il faut vaincre, comme si l'on traversait une coque fibreuse et dure, bien différente de la consistance molle du ganglion inflammatoire dans lequel on pénètre beaucoup plus facilement.

Quoi qu'il en soit, l'aiguille une fois placée, on aspire par petits coups successifs en en faisant varier l'enfoncement et l'orientation de façon à dissocier un peu le parenchyme. Le plus souvent, on ne voit rien pénétrer dans le corps de la seringue. Après quelques aspirations on retire d'un mouvement sec l'aiguille toujours montée de la seringue. En poussant le piston, on expulse alors de l'aiguille une petite quantité de suc ganglionnaire qu'on recueille sur une lame de verre. C'est une pulpe jaunâtre ou une sérosité plus ou moins mêlée de sang, on la dilue dans une goutte d'eau physiologique, on recouvre d'une lamelle et on examine aussitôt à l'ultra-microscope.

Au cours de cette ponction, deux incidents peuvent se produire : au moment où l'on tire le piston, on aspire du sang qui emplit le corps de la seringue. C'est un incident sans importance, ne présentant aucun danger. Il n'y a qu'à retirer l'aiguille et à recommencer la ponction.

Ou bien la ponction reste négative, ne ramenant aucune sérosité ganglionnaire. On la recommence alors avec une aiguille de plus fort calibre, ou l'on a recours à l'injection de sérum physiologique. On charge la seringue de deux à trois gouttes de sérum qu'on injecte au centre du ganglion et que l'on aspire après avoir dilacéré le tissu avec la pointe de l'aiguille. On recueille ainsi l'eau physiologique mêlée au suc ganglionnaire. On n'a toutefois que très rarement recours à cette méthode et presque toujours la plus minime goutte de lymphé ganglionnaire suffit après dilution sur la lame de verre à permettre l'examen.

Résultats.

Au microscope, on voit de nombreux lymphocytes sur lesquels il faut mettre au point et de plus rares globules rouges. Ils apparaissent en amas, groupés par champs entre lesquels se trouvent des espaces libres. C'est dans ces interstices interglobulaires, figurant comme des canaux, que l'on aperçoit les trépônèmes avec leurs caractères classiques mobiles et se déplaçant rapidement, ils traversent parfois la préparation avec une extrême rapidité. Souvent d'ailleurs on ne peut les déceler qu'en faisant varier la mise au

point à l'aide de la vis micrométrique jusqu'à obtenir un fond flou de la masse globulaire : les tréponèmes apparaissent au cours de ces variations dans un plan plus superficiel. Ils ne sont généralement pas très nombreux, aussi est-il nécessaire de prolonger l'examen, de parcourir au besoin toute la lame avant de conclure à un examen négatif. Cette négativité d'ailleurs ne doit pas infirmer de façon définitive un diagnostic probable par ailleurs. Comme toutes les recherches de laboratoire, celle-ci est d'une valeur absolue lorsqu'elle est positive, nulle au contraire lorsqu'elle est négative.

OBSERVATIONS

Nous manquons malheureusement d'observations personnelles. D'ailleurs, on peut pratiquement affirmer que dans cette matière, toutes les observations, de quelque côté qu'elles proviennent, peuvent se superposer. Nous ne voulons pour preuve de ce fait que l'énumération des quelques observations suivantes :

Observations de SIDI, DEMARNE et de MONTIS (*Le Monde médical*, 15 octobre 1936).

Observation IV. — H... René, 43 ans, présente depuis six jours une érosion de la verge à bords irréguliers, à fond jaunâtre infiltré, non douloureux. Il existe une adénopathie inguinale bilatérale avec à droite un gros ganglion dur. L'érosion a été traitée par une pommade au calomel.

Le résultat de l'ultra-ganglionnaire est positif, le B. W. négatif.

Observation IX. — B... Pierre, 24 ans, présente depuis quinze jours au niveau du méat une ulcération à peine infiltrée, indolore, grande comme un franc, légèrement dure, blanchâtre et suppurant abondamment.

A droite, adénopathie indolore. L'ultra est négatif sur l'ulcération.

Résultat de l'ultra-ganglionnaire positif.

B. W. négatif.

Observation XV. — G... Raymond, 26 ans, présente depuis huit jours trois ulcérations du sillon balano-préputial, bien arrondies à bords nets, à fond sale et à base indurée. Il existe un bouquet d'herpès au niveau du gland. Pléïade ganglionnaire inguinale dure et indolore.

L'ultra est négatif sur une ulcération (les ulcérations ont été traitées par la pommade de Reclus)).

Résultat de l'ultra-ganglionnaire positif.

B. W. négatif.

Observation XL. — M... Marcel, 39 ans, phimosis et œdème de la verge chez un malade traité depuis un mois pour blennorragie, induration décelable au palper à travers le prépuce; à droite, adénopathie inguinale dure et non douloureuse; ganglion épitrochléen à gauche.

Phimosis.

Résultat de l'ultra-ganglionnaire positif.

B. W. négatif.

Observation XLVII. — M. K... Francis, 45 ans. Ulcération de l'amygdale droite depuis huit jours. Température : 38°, gêne à la mastication, salivation. Ulcération à fond sphacelique, grosse induration cantonnée de toute l'amygdale, ganglion maxillaire très tu-

méfié, dur, légèrement sensible. Le diagnostic posé au début fut celui d'angine de Vincent. Traitement local par bleu de méthylène, attouchement au novarsénobenzol, vaccin de Bruschetti. La ponction ganglionnaire facile a été positive : on demande à examiner la femme qui présente une syphilis secondaire très discrète.

Résultat de l'ultra-ganglionnaire positif.

Observations de BOUTTEAU (*résumées*) (thèse Paris, 1931).

Observation I. — B... consulte le 21 mai 1930 pour un chancre du fourreau datant de 8 jours.

Le chancre est induré, mais il a été cautérisé à diverses reprises par le nitrate d'argent.

Deux frottis de la sérosité du chancre sont négatifs.

La ponction ganglionnaire révèle le tréponème (1 par champ).

La séro-réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Observation II. — C... Alfred, consulte le 21 mai 1930, pour un chancre du gland datant de 15 jours.

C'est une exulcération arrondie des dimensions d'une grosse lentille à peine indurée.

Le malade applique depuis 10 jours une pomnade au calomel.

L'examen ultra-microscopique du chancre est négatif à deux reprises, le 21 mai et le 23 mai.

L'adénopathie inguinale est du type syphilitique.

Nous ponctionnons le « préfet de l'aine » et trou-

vons du tréponème dans le suc ganglionnaire (1 élément tous les deux ou trois champs)).

La séro-réaction de Bordet-Wassermann est encore négative.

Observation VII. — D... présente depuis 10 jours une ulcération du sillon balano-préputial. C'est un chancre mou typique du volume d'une grosse lentille. Gros ganglion inguinal droit fixé par périadénite.

L'ultra est négatif sur l'ulcération.

L'ultra ganglionnaire est également négatif.

On prescrit des cautérisations au nitrate d'argent et des applications de poudre d'aristol.

Le malade est revu quinze jours après. L'aspect s'est tout à fait transformé et évoque l'idée de spécificité :

Gros œdème de la verge produisant un phimosis inflammatoire qui empêche la rétraction du prépuce, il est impossible de découvrir le chancre.

Résultat de l'ultra-ganglionnaire positif. B. W. négatif.

Observation VIII. — A... ben Mohammed présente dans le sillon balano-préputial une vaste ulcération des dimensions d'une pièce de un franc. Le fond en est irrégulier, purulent.

Les bords sont taillés à pic.

La base est empâtée, mais ne donne pas l'impression de dureté cartilagineuse. L'examen ultramicroscopique de la sérosité du chancre est négatif à deux reprises.

Les adénopathies inguinales sont différentes à droite et à gauche.

— A gauche, gros ganglion assez dur, mais immobile et à contours mal délimités.

La peau est adhérente et rouge.

En résumé, aspect de bubon chancrelleux avec périadénite.

— A droite, au contraire, plusieurs ganglions durs du volume d'une noisette, très mobiles : ici, l'on pense à une adénite spécifique. On ponctionne un de ces ganglions : pas de tréponème.

On ponctionne alors le gros ganglion chancrelleux du pli inguinal gauche : deux tréponèmes.

Mais la séro-réaction est déjà positive.

Observation de M. le Professeur GOUGEROT et Paul BLUM (résumée). (*Revue coloniale de médecine et de chirurgie*, 15 juin 1934).

Observation I. — Le n° 101.645 âgé de vingt-cinq ans consulte pour un chancre exulcéreux du rebord postérieur du gland. Des deux côtés de l'aîne ganglions durs, mobiles, roulant sous le doigt.

Le début du chancre remonte à onze jours.

Le chancre donne l'impression d'un chancre spécifique à cause de son fond chair musculaire, mais la recherche à deux reprises du tréponème à l'ultra reste négative. Le malade a fait des applications de pommade au calomel.

Au contraire l'ultra pratiqué sur le suc ganglion-

naire montre la présence de tréponèmes. La réaction de B. W. faite le lendemain est encore négative.

Le traitement arsenical énergique est donc commencé grâce à la ponction ganglionnaire avant la généralisation, en période préhumorale.

Ainsi que nous l'indiquions au début de ce chapitre, toutes ces observations sont immédiatement superposables. Elles confirment simplement l'importance de cette méthode de diagnostic précoce par le nombre élevé des cas de syphilis dépistés par la ponction ganglionnaire, alors que l'ultra sur chancre s'était montré négatif à plusieurs reprises ou impossible à pratiquer.

Elle a permis ainsi le plus souvent d'instituer un traitement d'attaque sans attendre la période sérologique annoncée par le B. W. positif.

CONCLUSIONS

I. Il semble ressortir de la conception générale actuelle de la syphilis que l'idéal thérapeutique est de frapper « vite et fort » dès la période pré-sérologique.

II. La ponction ganglionnaire, par sa simplicité d'exécution et la précocité des renseignements qu'elle fournit, doit permettre cette thérapeutique d'attaque.

III. Elle permet en effet d'affirmer le diagnostic avant tout B. W. positif dans les cas où l'examen ultra-microscopique sur le chancre ne décèle pas de tréponèmes, dans les cas à chancre inaccessible et dans les cas d'adénopathie primitive sans chancre.

IV. A ces divers titres elle s'impose au premier plan en syphiligraphie militaire par son triple caractère : rapidité, simplicité, efficacité.

Vu : *Le Doyen*
Pour le Doyen,
L'Assesseur
A. BAUDOUIN.

Vu : *Le Président*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY-CHATELLIER. — Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire. (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1921, page 305).

Pierre BOUTTEAU. — Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire. (Thèse de Paris, 1931.)

CHATELLIER. — Sur la syphilis à début ganglionnaire et bubon d'emblée et la recherche du spirochète dans le suc ganglionnaire. (*Annales de Dermatologie et syphiligraphie*, 1922, p. 174).

H. CHAUCHARD-N. RAPOPORT. — Utilisation de la ponction du ganglion satellite dans les cas d'accidents syphilitiques primitifs. (*Arch. de l'inst. prophylactique*, II; n° 4, 4^e trimestre 1930.)

DROOP. — Syphilisdragnose und Arusenpunktion. (*Dermat. Zeitschrift*, 1921, t. XXXII, p. 336.)

FRUHWALD. — Uber Spirocheten befunde in lymphdruse. (*Wiener klinische Wochensch.*, 11 nov. 1920.)

GATE et GUILLERET. — Valeur de la ponction ganglionnaire dans le diagnostic des syphilis récentes. (*Réunion dermatologique de Lyon*, 16 mars 1933.)

GATE et GUILLERET. — Valeur de la ponction ganglionnaire dans le diagnostic des syphilis récentes. (*Bull. Soc. franç. de dermatologie et syph.*; *Réunion dermat.*, 40 : 660-661, mai 1933.)

GOUGEROT et BLUM. — Diagnostic de la syphilis par la ponction des ganglions et la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire. (*Paris Médical*, n° 9, 1^{er} mars 1930, p. 207.)

GOUGEROT et BLUM. — De la ponction des ganglions pour le diagnostic de la syphilis primaire (recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire). (*Revue coloniale de méd. et de chirurgie*, 15 juin 1934.)

HABERMANN-MAUELSHAGEN. — Hoffmansche drüsenpunktion zur frukener der syphilis. (*Deutsche edizinische Wochenschri.*, 1919, p. 374.)

HOFFMANN et SCHAUDINN. — Uber spirocheten befunde in lymphdrusen saltz syphilitischen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1905, p. 711.)

KITCHEVATZ. — Quelques remarques sur la recherche du tréponème. (*Annales dermat. syph.*, 1926, p. 501.)

MAUSLAGEN. — Über Punktionmethode zur erbringung einen positiven spirocheten nachweis bei Lues. (*Inaugur. dissertation.*, Bonn, 1920.)

PAVLOVSKY. — La ponction ganglionnaire. (Buenos-Aires, 1934.)

A. SEZARY, P. LEFÈVRE et A. BOUTTEAU. — Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire. (*Presse médicale*, n° 60, 27 juillet 1932.)

E. SIDI-L. DEMRANE-L. DE MONTIS. — La recherche du tréponème par la ponction ganglionnaire. (*Le Monde Médical*, n° 889, 15 octobre 1936.)

THIBIERGE-RAVAUT et LE SOURD. — Etude sur le tréponème chez les syphilitiques. (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 6 avril 1929.)

